DOULEURS DENTAIRES : PRISE EN CHARGE

DENTAL PAIN : TREATMENT

Dr. N. BASSIM : Résidente en Odontologie Conservatrice, CCTD, CHU IBN SINA, Rabat

Pr. F. ABDALLAOUI : Professeur d'enseignement supérieur, chef de service d'Odontologie Conservatrice

CCTD, CHU IBN SINA, Rabat



Résumé:

La douleur témoigne le plus souvent l'altération physique d'un organe. Elle peut être ressentie spontanément sans signe déclenchant apparent, disproportionnée par rapport au stimulus ou même absente malgré une lésion organique. Elle peut également persister après un traitement considéré comme satisfaisant.

Les douleurs dentaires sont les principaux motifs de consultation en odontologie conservatrice pour lesquelles le praticien doit poser un diagnostic et entreprendre, quand cela est possible, un acte thérapeutique permettant de soulager efficacement le patient. Sans oublier la place de la prescription médicamenteuse qui s'avère indispensable dans certaines situations cliniques.

Mots clé : Douleur, Urgence, Pathologies, odontologie conservatrice

La douleur dentaire est une expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante, associée à une destruction réelle ou potentielle tissulaire **(31)**.

En médecine, la douleur est considérée comme le signal d'une pathologie qu'il est important de prendre en charge.

La douleur dentaire fait partie des douleurs les plus rencontrées en raison de sa fréquence et de son intensité qui la rendent quasiment insupportable **(4,15)**

Plusieurs types de douleurs peuvent être relevés à l'interrogatoire d'un patient ou au cours de l'examen clinique. La douleur peut être spontanée, sans cause apparente, peut être intermittente ou continue, localisée ou irradiée le long d'un trajet nerveux, musculaire ou le long d'un vaisseau, comme elle peut être provoquée et naître après une stimulation et ne durer que le temps de l'irritation **(14)**.

Mécanisme de la douleur

La douleur dentaire correspond à un mécanisme neurologique bien identifié, elle résulte d'un influx nerveux nocicepteur vers le cortex cérébral, cet influx rencontre sur son trajet des barrages qui vont moduler le message douloureux **(25)**. La douleur peut être dentinaire, pulpaire ou péri apicale. Elle est due à l'excitation de récepteurs situés au sein du complexe pulpo-dentinaire et pulpo-parodontal **(3)**. Les fibres nerveuses qui convoient le message électrique vers le système nerveux central sont principalement des fibres nerveuses myélinisées de type Aδ et amyéliniques de type C **(4, 14, 25)**. Des fibres nerveuses de plus gros diamètre de type Aβ ont également été mises en évidence et participent au message douloureux **(4)**.

La stimulation des fibres nerveuses se fait par plusieurs agents d'agression qui peuvent être d'ordre infectieux (carie, faute d'asepsie, refoulement septique lors d'une préparation radiculaire d'une pulpe nécrosée), mécanique (traumatisme, préparation dentaire profonde), thermique (exothermie de prise d'un matériaux, préparation dentaire sans irrigation, conductibilité d'un matériau de restauration), électrique (électrogalvanisme) ou chimique

(médicaments dentaires tels que le formol et l'anhydride arsénieux) **(7, 8)**.

La douleur dentinaire était expliquée par plusieurs théories, actuellement la théorie de l'hydrodynamie semble la plus réelle **(3,5)** ; les canalicules dentinaires sont assimilées à des tubes capillaires, à la pression pulpaire normal, ils sont remplis de fluide dentinaire, sous l'influence des modifications de pression, le flux de liquide peut s'amplifier, voire même changer de direction. Ces mouvements rapides déclenchent une douleur par déformation des terminaisons nerveuses sensorielles contenues dans les tubuli dentinaires (fibres de petit calibre). Il s'agit d'une douleur aigüe, immédiate, bien localisée et de courte durée **(9, 21, 22)**.

Toute irritation de la dentine entraîne inévitablement une pathologie pulpaire dont le stade varie en fonction de la nature de l'agent agresseur, de son intensité et du passé pathologique de la dent. Les irritants venants au niveau de la pulpe déclenchent une réaction inflammatoire qui se traduit par une vasodilatation et une augmentation de la perméabilité vasculaire avec exsudation et la formation d'un oedème responsable d'une augmentation de la pression intra pulpaire **(6, 18)**.

Lors de l'inflammation il y a libération, par les cellules de défense, de certaines molécules biologiques endogènes telles que la bradykinine, l'histamine et la prostaglandine qui sont des produits algogènes qui provoquent une excitation des récepteurs nocicepteurs. Ces douleurs sont sourdes, d'autant plus intenses que l'inflammation est sévère et moins supportées par le patient **(18, 19)**

Pathologies douloureuses en odontologie conservatrice

La douleur, symptôme majeur de la plupart des maladies dentaires, est le motif de consultation le plus fréquent. Elle diffère en nature et en intensité et ses caractères peuvent souvent suffire à établir le diagnostic de l'affection causale, ou orienter l'examen avec

précision. Connaître la cause de la douleur est une étape importante dans la stratégie thérapeutique **(22, 23)**.

Les pathologies dentinaires :

Elles sont liées à une mise à nue de la dentine par exposition des tubuli dentinaires. C'est le cas par exemple d'une lésion non carieuse, d'une carie modérée (figure 1a et 1b), ou d'un traumatisme sans exposition pulpaire. La douleur sera vive, aigüe, brève, provoquée par le froid, le chaud, l'acide, le sucre et le contact. Elle s'arrête avec l'arrêt du stimulus. La douleur est localisée à une dent sans irradiation, elle résulte de l'excitation des fibres nerveuses dans les tubuli dentinaires selon la théorie de l'hydrodynamisme **(5, 14)**.

Les pathologies pulpaires :

C'est le cas de pulpite aigüe avec ou sans participation desmodontale **(14, 23)**. Il s'agit d'une urgence dentaire (figure 2a et 2b). La pulpite aigüe, communément appelée « rage de dent », est marquée par des douleurs violentes, pulsatiles, spontanées, intermittentes, irradiées ou projetées aux dents contiguës, aux antagonistes ou aux régions voisines. La durée des crises est variable, elle peut durer quelques secondes, mais aussi quelques minutes voire des heures. La crise commence brusquement, quelques fois à l'occasion d'un effort, du décubitus, d'un tassement alimentaire dans la cavitation carieuse, ou une succion faite par le patient au niveau de la dent cariée. Cette douleur est liée aux phénomènes de congestion, ce qui fait que toutes les causes de congestion de la tête peuvent accentuer cette douleur telle que la position basse de la tête, de décubitus dorsal, chaleur de l'oreiller …. Comme elles commencent brusquement, ces crises cessent brusquement, elles sont séparées par des périodes de rémission complète. Elles sont liées à des phénomènes de congestion et de décongestion rapides, en rapport avec la petite dimension et la situation anatomique de la pulpe. La prise d'antalgique fait disparaître ce genre de douleur. **(4,16)**.

La parodontite apicale aigüe primaire débutante, correspond à une pulpite aigüe avec une participation desmodontale, elle est provoquée par les toxines bactériennes libérées par les bactéries présentes dans la cavité pulpaire. Le caractère de la douleur est celui de la pulpite aigüe, elle est aussi provoquée par le simple contact de la dent, reconnue par la percussion. Les crises deviennent de plus en plus longues mais diminuent en intensité. Cette douleur est expliquée par une inflammation péri apicale avec libération de médiateurs chimiques au niveau du péri-apex, tels que les prostaglandines, leucotriènes, kinines et neuropéptides. Ces médiateurs ont un effet algogène c'est-à-dire ils provoquent la douleur. Ce sont des douleurs qui sont rebelles aux antalgiques **(16,20).**

Les pathologies péri-apicales :

Les parodontites apicales sont des lésions inflammatoires du parodonte profond péri radiculaire, consécutives à l'infection bactérienne de l'endodonte **(7).** Il s'agit de parodontites apicales primaires avancées, de parodontites apicales primaires abcédées (figure 3a et 3b) ou de parodontites apicales secondaires abcédées **(20).**

Ce sont des douleurs qui ne cèdent pas aux antalgiques habituels, elles sont spontanées, continues, lancinantes et pulsatiles, leur intensité est variable selon le degré de l'œdème péri-apical. Tout ce qui est susceptible d'augmenter la congestion des tissus péri-apicaux et la mobilité de la dent provoque une douleur. En cas d'abcèdation, les douleurs ont tendance à devenir de plus en plus irradiées, le contact de la dent est intolérable et la palpation en regard de l'apex est douloureuse à cause de la présence de pus **(16, 20, 28).**

Les cellulites aigues circonscrites :

La cellulite est une complication locorégionale à partir d'un foyer infectieux dentaire ou de voisinage, elle constitue une urgence nécessitant une prise en charge précoce. C'est une infection du tissu cellulaire, due à l'évolution d'une infection pulpaire non traitée ou un

refoulement septique lors d'un traitement canalaire sans prendre des précautions d'asepsie. Les cellulites peuvent être séreuses ou suppurées. Pendant la phase séreuse, une tuméfaction faciale s'installe avec un tableau clinique rappelant la parodontite apicale aigüe (figure 4a, 4b et 4c). Les douleurs sont exacerbées par le décubitus, elles sont lancinantes, augmentées par la déglutition, le contact de la dent et l'élocution. Cette douleur ne disparaît pas suite à la prise d'antalgiques. En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers une cellulite suppurée qui se manifeste par une exacerbation des signes fonctionnels et généraux avec une insomnie, asthénie et hyperthermie. Le mécanisme générateur de cette douleur est identique à celui des parodontites apicales aigües **(17, 26).**

Traitement de la douleur :

En odontologie, la douleur accompagnant une grande majorité de pathologies peut être supprimée par une intervention thérapeutique. Cependant celle-ci n'est pas toujours immédiatement réalisable **(4).** Elle dépend, en outre, de la disponibilité du patient ou du praticien, des problèmes médicaux (patients à risques) ou encore le cas de certaines situations cliniques où le traitement étiologique de la douleur ne peut être réalisé (à cause de l'échec de l'anesthésie en cas de douleurs pulpaires pour une molaire mandibulaire, ou des douleurs de cellulite faciale non collectée). Dans ce cas, il faut pouvoir proposer au patient un traitement d'urgence pour soulager sa douleur en fonction de son état de santé, du problème local et des effets indésirables éventuels de ce traitement. Une prise en charge de l'urgence en odontologie doit être réfléchie dans le sens d'une réalisation d'un acte d'urgence et la médication à effet analgésique en fonction de la pathologie **(2, 11).**

Les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens trouvent une place importante comme médicament de contrôle de la douleur. En fonction du type et de l'intensité de la douleur, le choix d'une molécule ou d'une autre peut se faire. En cas de douleur de faible intensité, l'utilisation des antalgiques non morphinomimétiques tels que le paracétamol et les salicylés (médicaments du palier I de la pyramide des antalgiques) est suffisante. Pour les douleurs modérées, l'association d'un antalgique morphinomimétique au paracétamol telle

que la caféine, la codéine et la Dextropropoxyphène (Médicament du palier II) est indispensable. Tandis que les douleurs plus intenses répondent mieux aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (tels que l'Ibuprofène, Diclofénac et l'acide Tiaprofénique). **(11,12)**

Pathologies dentinaires ou pulpopathies réversibles

La douleur de ces atteintes disparaît avec le traitement consistant à sceller les tubulis dentinaires et couvrir la mise à nu dentinaire.

Pour les lésions non carieuses le traitement est essentiellement étiologique, il consiste à une suppression des stimuli douloureux (acides, sucre, forte amplitude thermique..) et la modification des habitudes du patient (brossage correcte et l'utilisation d'une brosse à dent souple). La prescription d'agents chimiques est nécessaire, on prescrit soit des agents désensibilisants (des dentifrices à base de nitrate de potassium qui a une action de dépolarisation des terminaisons nerveuses) ou des agents de scellement des canalicules (des dérivés fluorés, oxalate de potassium ou chlorure de strontium). L'utilisation de vernis, des adhésifs ou même des restaurations pourra sceller et éliminer la douleur **(5, 9)**.

Pour les lésions carieuses, des techniques de dentisterie restauratrice sont réalisées. Après une éviction des tissus cariés, une obturation étanche est mise en place après une protection dentino-pulpaire si nécessaire (figure 1c et 1d). La prescription antalgique post opératoire n'est pas nécessaire. **(12, 28).**

Pathologies pulpaires

En cas de pulpite aigüe, l'inflammation pulpaire est irréversible, le traitement pour contrôler la douleur consiste à anesthésier la dent et à éliminer la totalité du tissu pulpaire (pulpectomie). Si par manque de temps sur une pluriradiculée, sachant que la chambre pulpaire contient 60% du tissu pulpaire de la dent, le traitement d'urgence consiste à faire une pulpotomie, qui est le plus souvent responsable à elle seule de rétrocéder les signes

douloureux et de procurer un espace à l'exsudat inflammatoire pouvant provenir de la pulpe radiculaire (figure 2c et 2d).

Dans le cas d'une participation desmodontale, l'inflammation pulpaire est totale et le traitement d'urgence sera une élimination complète du parenchyme pulpaire, une mise en forme canalaire en une séance est nécessaire, suivie de la mise en place d'un hydroxyde de calcium fluide dans les canaux et dense au niveau de la chambre pulpaire **(4, 7, 8, 3).**

Une prescription en cas de persistance de douleur peut être utile, il s'agit d'une prescription antalgique (paracétamol 500mg, 6fois/24h, avec une dose d'attaque de 1g sans dépasser 7 jours). Les associations Paracétamol + Codéine ou Paracétamol+ Dextropropoxyphène (1 à 6cp/jour à intervalle régulier de 4 à 6h pendant 5 jours), sont proposées en cas de douleurs moyennes **(10, 11).** Les douleurs importantes nécessitent une prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Ibuproféne 200mg 6fois/24h pendant 5 jours, acide Tiaprofénique 300à 600mg/jour en 3 prises pendant 5 jours) **(11, 24, 28).**

Pathologies péri-apicales :

En cas de parodontite apicale aigüe primaire avancée, on assiste à une infection de l'endodonte et le passage des bactéries et leurs toxines vers le tissu péri-apical qui est le siège d'une inflammation. L'objectif du traitement d'urgence est de réduire la charge bactérienne et de drainer les exsudats péri-apicaux. Pour cela, une mise en forme canalaire par la technique corono-apicale permet de réaliser un parage canalaire progressif de la partie coronaire vers la partie apicale et d'éviter l'ensemencement bactérien. L'emploi de chélatants est recommandé en alternance avec l'hypochlorite de sodium à 2,5% pour éliminer l'enduit pariétal et ouvrir les tubuli. Une médication antibactérienne à base d'hydroxyde de calcium (pendant une semaine) permet d'optimiser la désinfection du système endodontique et le tarissement des sérosités. La douleur post-opératoire est maîtrisée par une prescription

d'antalgique du palier II, ou AINS pendant 5 jours **(10, 11, 12, 13, 31)**.

Le traitement d'urgence de la parodontite apicale aigue abcédée consiste à établir un drainage pour évacuer les sérosités et le pus afin de diminuer la pression et soulager le patient.

Pendant la phase séreuse, le drainage doit être endodontique. Après ouverture de la chambre pulpaire, le drainage peut être spontané ou provoqué par le passage d'instruments endodontiques dans les canaux radiculaires. Un tarissement de la suppuration autorise la fermeture de la dent après une mise en forme canalaire complète, par technique corono-apicale, sous irrigation abondante à l'hypochlorite de sodium à 2,5%. La mise en place d'une médication intra-canalaire à base d'hydroxyde de calcium permettra d'optimiser la désinfection endodontique et le tarissement des sérosités apicales **(2,31)**.

Pendant la phase collectée, le drainage doit être muqueux par incision au niveau du point le plus mou (figure 3c, 3d, 3e, 3f et 3g). Le drainage muqueux doit être associé à une préparation canalaire si le temps le permet. Dans le cas contraire, la préparation canalaire sera différée et sera réalisée le plus tôt possible (24 à 48 heures) **(2, 35)**.

Si le drainage est effectué, la prescription d'antibiotiques est inutile sauf altération de l'état général : Amoxicilline 2g/j ou Pristinamycine 2à 3g/j ou clindamycine 1,2 à 2,4 g/j pendant 5 jours.

En cas d'absence de drainage ou drainage insuffisant, la dent restera ouverte pendant 2 jours et la prescription d'antibiotiques en association sera effectuée, il s'agit d'une association Amoxicilline 1,5g/j et Métronidazole 0,75g/j ; en cas d'allergie : Pristinamycine (2 à 3g/j) ou Clindamycine (1,2 à 2,4g/j) **.** L'utilisation de bains de bouche à l'eau chaude et salée toutes

le 3 à 4 heures permet d'avoir une action décongestionnante favorisant le drainage **(7, 30, 31)**

La douleur peut être soulagée par la prise d'antalgiques du palier II. Les anti-inflammatoire non stéroïdiens sont à éviter du fait de la présence d'une infection **(11, 24, 27).**

Les cellulites aigües circonscrites

Le traitement est identique à celui de la parodontite apicale abcédée, il consiste à tenter d'établir un drainage pour évacuer le pus, il sera cherché par voie canalaire pour la cellulite en phase séreuse (figure 4d), ou par incision endobuccale au niveau du point le plus mou de la tuméfaction lorsque la cellulite est en phase collectée. L'approche thérapeutique vis-à-vis de la dent est identique à celle de la parodontite apicale abcédée.

La prescription d'antalgique reste la même pour la parodontite apicale aigue. En ce qui concerne la prescription d'antibiotiques, contrairement à l'abcès péri-apical aigu, il existe une symptomatologie locorégionale et toujours des signes généraux, dans ces conditions et même si le drainage a été obtenu, le risque de la diffusion de l'infection est tel que l'antibiothérapie s'impose. Toutefois, elle doit toujours accompagner le geste chirurgical et ne jamais le remplacer, sinon elle devient nuisible car elle peut entrainer le passage à la chronicité. On prescrira une association Amoxicilline 1,5g/j et Métronidazole 0,75g/j ; en cas d'allergie : Pristinamycine (2 à 3g/j) ou clindamycine (1,2 à 2,4g/j) ; Métronidazole en association avec un macrolide (généralement Spiramycine 4,5MUI/j) pendant 5j **(17, 26, 29).**

Conclusion

La douleur est un élément omniprésent en odontologie conservatrice, elle constitue le principal motif de consultation. Le praticien a le devoir de contrôler cette douleur en posant un bon diagnostic, en maîtrisant son acte thérapeutique et en prescrivant ce qu'il faut et quand il le faut.

Références

1- **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé** *Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie : méthodologie et recommandation***.** Clinc, 2003, 24 (2): 87-92

2- **Ahossi V., Perrot G., Thery L., Potard G., Perrin D.** *Urgences odontologiques***.** Encycl. Méd. Chir., stomatologie/ odontologie, 24-157-A-10, 2004

3- **Auriol M.M., Le Charpentier Y., Le Naour G.** *Histologie du complexe pulpo-dentinaire***.** Encycl. Méd. Chir. Stomatologie/ odontologie, 22-007-B-10, 2000

4- **Barek S., Rilliard F., Boucher Y., Delzangles B.** *Diagnostic et prise en charge de la douleur en endodontie***.** Acta. Odont. Stoma., sept.2000, 211: 293-311

5- **Bohin F., Kalek A., Lasfargue J.J.** *Hypersensibilité dentinaire cervicale***.** Réal. Clin., 2001,12 (4): 403-14

6- **Boullaguet S., Ciucchi B., Holz J.** *Diagnostic et classification des pulpopathies, directives thérapeutiques*. Réal. Clin. 1995, 6 (2): 135-43

7- **Burkiet F., Rolland C., Gardon N., Pommel L.** *Gérer l'urgence* en endodontie. Le chir. Dent. Fr. 1997, 860: 371-83

8- **Cohen A.G., Hartmann A., Machtou P.** *Le traitement des urgences endodontiques*. Réal. Clin. 1992, 3 (1): 139-51

9- **Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire** *Recommandations consensuelles sur le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire.* J. Assoc. Dent. Can., 2003, 69 (4): 221-6

10- **Courrier B.** *Antalgiques, lutter contre la douleur : quels sont vos moyens ?* Clinic,

hors série- prescription, 2003: 27- 39

11- Dallel R., Woda A. *Choix des antalgiques en odontologie***.** Réal. Clin., 1994, 5 (2): 161-172

12- Delzangles B. *Prescription « inutiles » en endodontie*. Clinic, hors série – prescription, 2003: 54- 57

13- Delzangles B. *L'endodontie aux entretiens des garancières***.** Chir. Dent.Fr. 2002, 1088: 28-9

14- Deveaux E., Gambiez A. *Le diagnostic en endodontie : les pathologies*. Réal. Clin., 2006, 17(3): 291- 306

15- **Dupuydanby M.** *Consultations de la douleur : bilan et perspectives. Centre de la douleur : mode d'emploi***.** Le chir. Dent. Fr., fév. 2003, 1108: 16-24

16- Iqbal M., kin S., yoon F. An *investigation into differential diagnosis of pulp and periapical pain: A pennendo database study***.** J. End. 2007, 33 (5): 548-51

17- Karengerad et coll. *Cellulites faciales odontogènes***.** Acta. Odont. Stom. , 1996, 195: 395- 408

18- Lafont J., Lasfargues J.J. *Les médiateurs de l'inflammation pulpaire***.** Réal. Clin. 1995, 6 (2): 193-213

19- Lasfargues J.J., Machtou P. *Pathogenèse des lésions péri-apicales***.** Réal. Clin., 2001, 12 (2): 139-48

20- Lasfargues J.J. *Le diagnostic clinique des parodontites apicales***.** Réal. Clin., 2001, 12 (2): 149-62

21- Lehmann N. *L'hypersensibilité dentinaire***.** Clinic, avril 2006, 27: 209-16

22- Machtou P., Cohen A., Etienne D. *Douleur pulpaire et parodontale***.** Réal. Clin., 1994, 5 (2): 147-59

23- Meercier J. *Algies faciales***.** Encycl. Méd. Chir., stomatologie, 22-041-A-10, 1997

24- Michel A.K., Wright A.P., Chogle S., Jones J.J., Kantorovich I., Cured F. *AN analysis of current analgesic preferences for endodontic pain management***.** J. End., 2006, 32 (12): 1146-54

25- Nejmi M. *Physiopathologie de la douleur chez l'adulte***.** Espérance médicale, 1995, 2 (2): 16-38

26- Peron J.M., Margez J.F. *Cellulites et fistules d'origine dentaire***.** Encycl. Méd. Chir., odontologie/ stomatologie, 22-033-A-10, 2002

27- Raymond T. *Anti-inflammatoires, stratégie thérapeutique***.** Clinic, hors série-prescription, 2003: 49-52

28- Rieger J., Gass M., Feki A. *Evaluer et prendre en charge la douleur : place de la prescription antalgique***.** Réal. Clin., 2006, 17 (1): 17-24

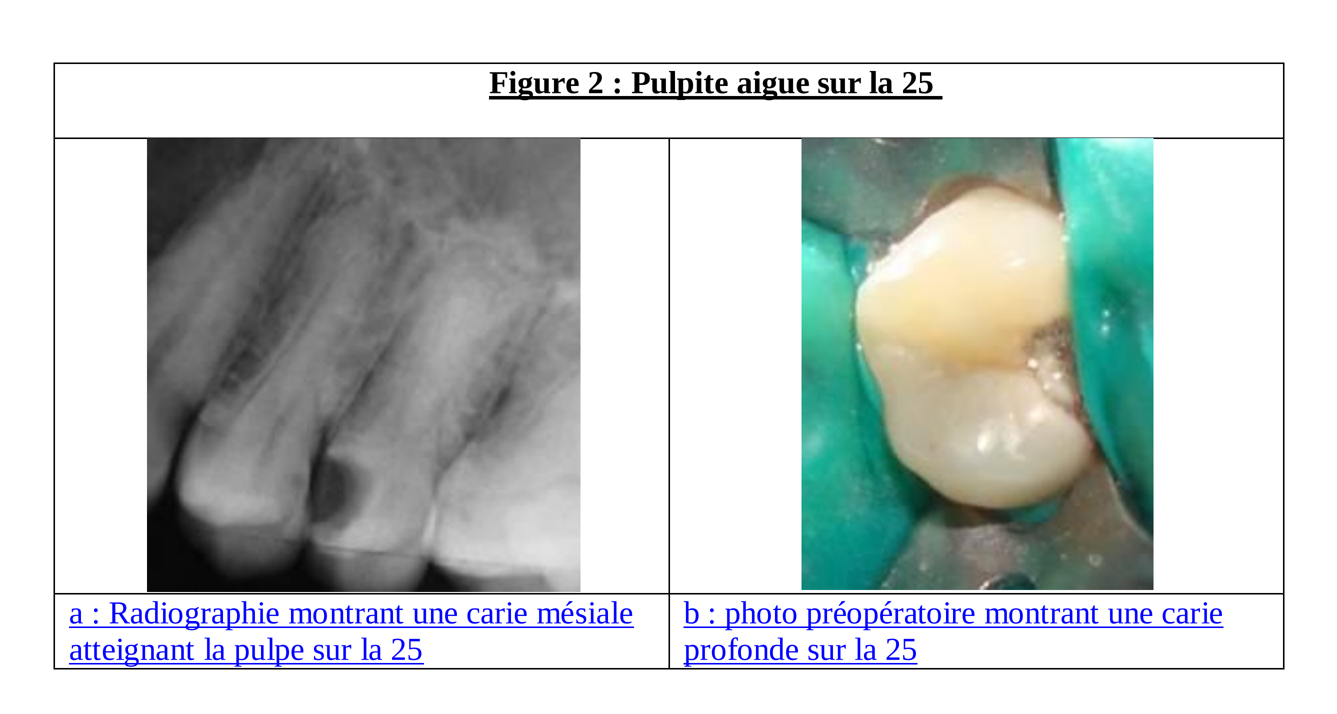
29- Robinson J.J., Girand O., Eieschi J.M. Urgences dentaires dans la pratique quotidienne. Encycl. Méd. Chir., odontologie, 2001, 23-750-A-10

30- Roche Y., Casmajor P. *Antibiotiques: les connaitre pour une prescription efficac*e**.** Clinic, hors série- prescription, 2003: 5-21

31- Toumelin-chemla F. *Les urgences endodontiques***.** Inf. dent. Formation médico-dentaire continue, décembre 1998: 1-12

Figure 1 : pathologie dentinaire sur la 35

a : Radiographie préopératoire montrant une carie dentinaire sur la 35	b : Photo préopératoire
c : Curetage de la carie	d : Obturation de la cavité avec un composite permet d’éliminer la douleur dentinaire

Figure 2 : Pulpite aigue sur la 25	
	
a : Radiographie montrant une carie mésiale atteignant la pulpe sur la 25	b : photo préopératoire montrant une carie profonde sur la 25

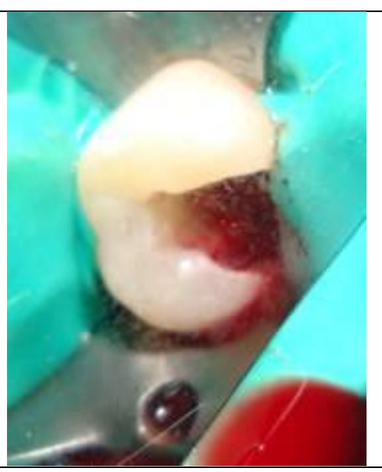
	
c : La réalisation de la cavité d'accès permet de soulager la douleur par création d'un espace d'exsudation inflammatoire	d : l'élimination du parenchyme pulpaire au niveau de la chambre caméral et réalisation de l'hémostase par irrigation abondante à l'hypochlorite de sodium à 2,5%

Figure 3 : Parodontite apicale aigue abcédée	
	
a : abcès alvéolaire collecté en rapport avec une fracture ancienne de la 21	b : radiographie préopératoire montrant le trait de fracture, une réaction péri apicale en regard de l'apex de la 21
	
c : anesthésie de surface par réfrigération	d : incision au niveau du point le plus déclive

	de la collection
	
e : l'évacuation du pus permet de soulager la douleur par diminution de la pression	f : aspiration de pus afin d'éviter que le patient l'avale
	
g : pression digitale permettant d'évacuer tout le pus de l'abcès	

Figure 4 : Cellulite aigue circonscrite (phase séreuse)	
	
a : Cellulite aigue circonscrite avec	b : Muqueuse soulevée, rouge diffuse en regarde de la

tuméfaction génienne basse	46
c : radiographie préopératoire montrant une cavitation mésiale avec un élargissement desmodontale	d : La réalisation de la cavité d'accès et le passage d'instruments endodontiques ne permet pas de créer un drainage canalaire. La dent restera ouverte pendant 2j avant de terminer la mise en forme canalaire

Summary:

The pain generally reflects physical alteration of an organ. It can be felt spontaneously without apparent sign starting, disproportionate compared to the stimulus or even absent despite an organic lesion. It can also persist after a treatment considered as satisfactory.

The dental pains are the principal reasons for consultation in operative dentistry for which the practitioner will have to pose a diagnosis and to initiate, when that is possible, a therapeutic act allowing to relieve the patient effectively. Not to mention the place of the prescription that is necessary in some clinical situations.

Keywords: Pain, Urgency, Pathways, operative dentistry